

### НОВЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

**Адаскевич В.П.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Периоральный дерматит – хроническое, рецидивирующее заболевание неясного генеза с периоральной локализацией микропапул, папуловезикул, иногда папулопустул на диффузно воспаленной эритематозной коже. Заболеваемость составляет 0,5 - 1% населения [1, 2]. Преимущественно болеют лица женского пола в возрасте 20-30 лет; периоральный дерматит встречается также у детей дошкольного возраста, иногда у пожилых пациентов и нередко - у молодых мужчин.

Этиопатогенез заболевания не установлен [1, 3]. Предполагают, что периоральный дерматит развивается у атопически предрасположенных лиц после частого применения увлажняющих средств, также вследствие бесконтрольного и длительного использования наружных глюкокортикостероидных (особенно фторированных) средств [1, 2]. Провоцирующими и поддерживающими обострение заболевания могут быть различные факторы: косметические средства, ультрафиолетовое облучение, пероральные контрацептивы, очаги хронической инфекции, гормональные дисфункции, тяжелые инфекционные заболевания [1]. Выделение культуры *Fusobacterium* предполагает бактериальную этиологию заболевания [2]. Колонизация кожи клещами *Demodex folliculorum* не всегда связана с развитием периорального дерматита и их роль в этиопатогенезе заболевания сомнительна [2, 3].

Терапия периорального дерматита до сих пор остается сложным и спорным моментом, так как лечение длительное, многокурсовое, требующее терпения и выдержки со стороны врача и пациента. Выбор препарата или метода зависит от степени тяжести заболевания и клинических проявлений. Классические методы лечения периорального дерматита включают местную (метронидазол,

азелаиновая кислота, тетрациклин, клиндамицин в виде геля, крема, лосьона, мази) и системную (метронидазол, тетрациклин) терапию.

В качестве нового средства, которое было допущено к применению в дерматологической практике несколько лет тому назад, предлагаются ингибиторы кальциневрина (пимекролимус, такролимус). По поводу их применения имеются только единичные сообщения [2, 3].

**Целью** настоящей работы является изучение клинической эффективности местного применения 1%-ного крема «Элидел» в терапии больных периоральным дерматитом.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 90 больных (27 женщин, 3 мужчины). Средний возраст больных составлял  $30 \pm 8,38$  лет (от 17 до 42 лет). Длительность заболевания -  $14,15 \pm 5,45$  месяцев. На каждого больного была заведена карта обследования, которая включала следующие пункты: данные о возрасте больного, продолжительности заболевания, предшествующей терапии, сопутствующих заболеваниях, провоцирующих факторах, субъективных данных, элементах высыпаний. Балльная оценка тяжести периорального дерматита рассчитывалась по 7 признакам (папулы, пустулы, эритема, сухость, жжение, покалывание, отечность), которые оценивались до и после лечения. Больным рекомендовали на время лечения воздержаться от применения местных косметических (в том числе увлажняющих) средств, фторированных зубных паст. По показаниям проводилось лечение сопутствующих заболеваний.

**Результаты и обсуждение.** Провоцирующими факторами периорального дерматит у больных были: местное применение кортикостероидов – 11 пациентов, из них более трех препаратов – у 3 больных; факторы внешней среды (солнце – 13; жара – 10; холод – 7 больных; влажность – 5; резкий ветер – 8 пациентов); стресс – 13; сауна – 8; баня – 10; горячая ванна – 8 больных; горячий кофе или чай – 12; горячая пища – 4 больных; шоколад – 2; цитрусовые – 2; алкогольные напитки (пиво – 2; водка – 3; красное вино – 10; шампанское – 4). Применение косметики у 25 больных вызывало или поддерживало периоральный дерматит. Только у 4 больных обнаружен демодекс, что может указывать на отсутствие четкой связи заболевания с этим условно-патогенным клещом.

Клиническая картина заболевания характеризовалась типичными высыпаниями в носогубных складках – у 20 больных, периоральной (27 больных) и периорбитальной (5 больных) областях, подбородке (25 больных), боковых участках век и щек (16 пациентов),

на носу – у 3 больных. Характерным диагностическим признаком периорального дерматита является свободная от высыпаний бледная кожа в виде узкого ободка вокруг красной каймы губ, что было установлено у 24 больных. По клиническим вариантам высыпаний отмечена следующая картина дерматоза: периоральный (17 пациентов), периорбитальный (5 больных), смешанный (8 больных) варианты. Высыпания были представлены в виде полусферических, гиперемизированных, нефолликулярных мелких папул (размером 1-2 мм в диаметре), которые располагались на эритематозной коже. Также встречались папуловезикулы, папулопустулы, папулосквамозные высыпания. Фототип кожи I (по Фитцпатрику) выявлен у 1 больной, фототип III – у 8 больных, а наиболее частый и типичный для наших широт II фототип кожи установлен у 21 больного. Сухость кожи в анамнезе или в момент осмотра отмечена у 24 больных периоральным дерматитом.

До предлагаемого нами лечения больные получали различные местные (метронидазол, эритромицин, тетрациклин в виде геля, лосьона, мази, крема) или системные препараты (метронидазол, тетрациклин), которые приводили к временному или нестойкому эффекту. В нашем исследовании больные получали крем «Элидел» местно 2 раза в день в течение 4-8 недель. Пять больных применяли крем «Элидел» в течение 4 недель, 13 больных – в течение 5 недель, 9 пациентов – 6 недель, 3 пациента – в течение 7-8 недель. Среднее значение индекса (балльная оценка высыпаний) до лечения составило  $7,13 \pm 1,63$ ; а после проведенной местной терапии -  $2,4 \pm 0,85$  ( $P < 0,0001$ ). Отдаленные результаты лечения изучены в течение 6-18 месяцев после окончания терапии. Только у двух пациенток зарегистрирован рецидив заболевания, который связан с несоблюдением правил ухода за кожей (применение увлажняющих средств и фторированных зубных паст).

Поскольку периоральный дерматит имеет выраженную ассоциацию с атопией, и речь здесь идет о спонгиозном дерматите, этими фактами, а также физиологическими процессами, хорошо объясняются высокая эффективность ингибиторов кальциневрина [2]. Отмечена хорошая переносимость крема «Элидел» у больных: только 2 больных отмечали легкое и быстро преходящее жжение или покалывание.

Наш опыт применения 1%-ного крема «Элидел» (пимекролимус) у больных периоральным дерматитом полностью подтверждает положительные сообщения о применении ингибиторов кальциневрина при легких и средних формах заболевания.

**Выводы.** Крем «Элидел» в виде местного средства у больных периоральным дерматитом является новым, эффективным и безопасным препаратом, который открывает новые терапевтические возможности в лечении заболеваний себорейной зоны.

Литература:

1. Адаскевич, В. П. Акне вульгарные и розовые / В. П. Адаскевич. – М.: Медицинская книга, Н Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 160 с.
2. Lehmann, P. Periorale Dermatitis / P. Lehmann; Plewig G., Kaudewitz P., Sander C.A. (Hrsg) // Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. – Bd 19. – Berlin: Springer, 2005. – S. 515-517.
3. Skin Disease: Diagnosis and Treatment / T. P. Habif [et al.]. – Philadelphia: Elsevier, 2005. – P. 96.